In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









Acné

1) INTRODUCTION

- Maladie inflammatoire du follicule pilosébacé
- Se développe aux dépens des glandes sébacées et de l'épithélium du canal infundibulaire.
- Il existe plusieurs formes d'acné

2) Epidémiologie

- Fréquence : 90% des adolescents
- 15 % formes sévère
- Pic entre 14 et 16 ans : les filles
- Pic plus tardif 16-17 ans : les garçons

3) Physiopathologie

1) **Séborrhée : l'hypersécrétion sébacée**
   - stimulée par la DHT (dihydrotestostérone)
2) **Kératinisation infundibulaire du follicule pilosébacé** : formation du comédon :
   - hyperprolifération des kératinocytes du follicule pilosébacé
   - anomalies de différentiation
   - rétention sébacée
3) **Microbes et facteurs de l'inflammation**
   - La flore anaérobie des follicules sébacés (Propionibacterium acnes) est responsable Soit par un mécanisme inflammatoire soit infectieux
4) **Terrain génétique**
   - Le gène porté par le Ch X en position q1 – q12

4) Clinique

A. Les lésions élémentaires

1) Séborrhée : constante
   - Peau grasse et luisante
   - Topographier : Partie centrale du visage (nez, front, menton, joues)
     Région thoracique supérieure (dos et face antérieure du thorax)
2) Lésion rétentionnelles :

   Microkystes (comédons fermés)
   - Petites papules blanchâtres de 2-3mm
   - Accumulation sébum + kératine
   - Evolution vers l'ouverture externe ou vers l'inflammation

   Comédons ouverts (points noirs)
   - bouchon corné de 1-3mm
   - Constitué de sébum et kératine
   - Obstrue l'orifice infundibulaire
   - Couleur noire –> graisse oxydée + dépôt de mélanine
   - Evolution : ouverture externe +++ rarement inflammation
3) Lésions inflammatoires

Lésions inflammatoires superficielles	**Papule** Rouge ferme parfois douloureuse Apparition de novo ou secondaire à une inflammation d'un microkyste Evolution soit vers la résorption spontanée soit vers une pustule
	Pustule : Papule avec a contenu purulent jaune
Lésions inflammatoires profondes	**Les nodules** : diamètre > 5 mm Tuméfaction profonde inflammatoire douloureuse fluctuante a la palpation Evolution : abcédation, rupture, cicatrice

La classification de l'acné :

légère	Comédon +++ papule, pustule < 10
Modérée	Papule, pustule 10-40
Modérément sévère	40 – 100 lésions (visages, tronc, dos)
Sévère	Acné nodulo-kystique, acné conglobata

B. Formes cliniques

1) Acnés « pubertaires » : acné juvénile polymorphe

1.1) Acné rétentionnelle:

1. La forme débutante de l'acné pubertaire.
2. Associe: la séborrhée + des points noirs + des microkystes
3. Touchant surtout (le front, les joues et le nez)

1.2) Acné mixte juvénile:

1. la forme la plus commune de l'acné
2. survenue à la puberté (12 ans les filles) (14 ans garçons)
3. Lésions rétentionnelles + inflammatoires superficielles

2) Acnés graves

2.1) « Acné Conglobata »

1. Acné suppurative chronique
2. Nodules multiples, volumineux, douloureux,
3. des kystes profonds
4. Peuvent se développer et fusionner.
5. Extension des lésions: (tronc et fesses)
6. Laissent des cicatrices +++

2.2) « Acné fulminans » : (exceptionnelle)

1. Forme la plus grave de l'acné.
2. Début brutal
3. AEG ; fièvre à 39 - 40 C°
4. Arthralgies
5. Nodules inflammatoires très nombreux
6. évolution vers des ulcérations nécrotiques et hémorragiques.
7. Hyperleucocytose

3) Formes selon l'âge:

3.1) Acné néonatale : (20 % des N-nés)

1. Apparait sur le visage dès les premières semaines de vie
2. régresse spontanément en moyenne 2 à 3 mois.
3. dues aux androgènes d'origine maternelle.

3.2) Acné prépubertaire

1. Essentiellement faite de lésions rétentionnelles
2. Débute avant la puberté

3.3) Acné de la femme adulte: (plus de 25 ans)

- des papules ou des nodules inflammatoires localisés à la partie basse du visage
- Rechercher des signes d'hyperandrogénie: hirsutisme, aménorrhée, alopécie, stérilité…

➔ Si signes d'hyperandrogénie même minime:

1. une échographie ovarienne;
2. un bilan hormonal:
   - un dosage de la testostérone libre ;
   - la recherche d'une hyperandrogénie d'origine : surrénalienne, ovarienne

➔ En l'absence de signes d'hyperandrogénie :

- Une échographie ovarienne seulement

5) Le diagnostic positif : principalement clinique

6) Diagnostic différentiel :

1) Folliculites médicamenteuses

- papulo-pustules monomorphes sans comédons
- un début brutal et une régression à l'arrêt du médicament
- Les médicaments les plus fréquemment en cause sont :
    - Les androgènes (sportifs, culturistes)
    - Les progestatifs de synthèse et les contraceptifs oestroprogestatifs,
    - les CTC

2) Acnés exogènes

1- Expositions professionnelles à des hydrocarbures aromatiques halogénés
- (comédons ouverts) qui prédominent=les « boutons d'huile »
- contact prolongé d'huiles minérales chez les garagistes, mécaniciens.

2- Les acnés aux cosmétiques : crème hydratante

3) Acné excoriée :

- Lésions d'acné + des lésions de grattage, des excoriations.
- Surtout les femmes (contexte psychologique)

4) Acné inversa ou Syndrome d'occlusion folliculaire

- parfois familiale
- plus fréquente chez la femme
- quatre types de lésions (tétrade acnéique) :
    1) Une acné nodulaire.
    2) Des suppurations des régions axillaire; génitale et périnéo-fessière.
    3) Des sinus et kystes pilonidaux du sillon inter fessier.
    4) Des lésions folliculaires suppuratives à évolution cicatricielle alopéciante

5) Acné associée à l'infection par le virus (VIH)

- L'acné est généralement grave ou s'aggrave avec la progression de la maladie.

6) Selon le siège :

- **Acné du visage**
    1. Rosacé
    2. Pyoderma facial
    3. Dermite périorale
    4. Folliculite à germes Gram –
- **Avec l'acné du tronc : Folliculite pityrosporique:**
    - adulte jeune (garçon)
    - dos
    - pas de comédons.
    - s'aggravant en été et sous ATB
    - examen mycologique (Malassezia furfur)

7) Complications de l'acné

1)-Complications locales:
- Cicatrices indélébiles
    - atrophiques.
    - hypertrophique.
    - chéloïdienne.
- Œdème facial induré

2)- Complications systémiques
- le rhumatisme acnéique +++ : enthésite, ostéite, ankylose
- Septicémies à Propionibacterium acnes: exceptionnelle

8) Evolution

1) Se fait par poussées remissions
2) Stabilisation des lésions et régression
3) Influence de divers facteurs :
   a. Cycle menstruel chez la femme
   b. Facteurs alimentaires
   c. Facteurs nerveux
4) Soleil (bénéfique pour les lésions du dos, aggrave celles du visage)

9) Le TRT

1) Le but du TRT

1. Réduire la séborrhée.
2. Supprimer la rétention sébacée.
3. Limiter l'inflammation.

2) MOYENS THERAPEUTIQUES LOCAUX :

A. ATB locaux : durée max : 2 mois
   Erythromycine ; Clindamycine
B. Peroxyde de benzoyle POB: 1à 2 app/j
C. Rétinoïdes topiques : 1 app/jr le soir
   – Trétinoïne
   – Isotrétinoïne en gel
   – Adapalène

3) MOYENS THERAPEUTIQUES SYSTEMIQUES :

A) ATB : les cyclines

- les cyclines de 1re génération : tétracyclines
- les cyclines de 2ème génération : Doxycycline
  – CI: Enfant <8 ans et Femme enceinte (2-3ème T)
  – En cas d'échec ou CI des cyclines: Erythromycine - Josamycine - bactrim

B) Isotrétinoïne : Le seul traitement réellement curatif dans l'acné.

- Mode d'action :
  – Inhibition de la sécrétion sébacée (atrophie des glandes)
  – Diminution de l'hyperkératinisation du canal infundibulaire,
- Contre indications : faire un bilan préthérapeutique
  1. Grossesse (tératogenèse +++), allaitement, absence de contraception
  2. Bilan lipidique perturbé (hypercholestérolémie, hyperTG),
  3. Insuffisance rénale ou atteinte hépatique.
  4. Syndrome sec
  5. Port de lentilles
  6. Association avec les cycliques
- Schéma thérapeutique :
  – La dose initiale : 0,5 mg/kg/j
  – puis augmenter progressivement jusqu'à 1 mg/kg/j
  – poursuivie jusqu'une dose totale de 120 à 150 mg/kg (6 à 8 mois)

C) Gluconate de zinc :CI aux cyclines et rétinoides (grossesse+++)

D) Hormonothérapie : diane (35) – Androcur

– Mode d'action : par blocage des Rc périphériques de la DHT de la glande sébacée.
  ➔ Diane 35 pdt 21j/mois : 1er au 21ème jr
  ➔ Si échec : Diane (35) + Androcur pdt les 10 premiers jours du cycle

4) TRAITEMENTS PHYSIQUES :

1. la microchirurgie (extraction des comédons et l'incision des microkystes)
2. laser
3. la photothérapie dynamique
4. Dermabrasion
5. peeling

5) PEC PSYCHOLOGIQUE :

6) INDICATIONS :

A) conseils d'informations :

1) Pas de pression sur les comédons
2) Les soins d'hygiènes avec un produit non irritant (pain surgras, gel nettoyant...)
3) l'intérêt d'une crème émolliente en association avec les traitements asséchants.
4) L'effet tardif du TRT : 2 à 3 mois
5) le soleil réduit l'inflammation mais il facilite la comédogène (photoprotection)

B) selon la forme :

Dans **les acnés légères à modérées** : un traitement local seul est justifié	si lésions rétentionelles : ▪ **Trétinoine** seul 1app/j le soir
	si lésions inflammatoires ▪ **Adaplène** +/- **POB ou ATB local**
les **acnés papulo-pustuleuses** plus graves	**Doxycycline** 100 mg/j (max 04 mois) + un traitement local (POB ou les rétinoïdes) ➔ En cas de CI des cycliques : **Erythromycine ou Gluconate de Zinc**
Dans les **acnés nodulokystiques** ou En cas **d'échec d'un TRT par cycline bien conduit**	**Isotrétinoïne (0.5mg/kg/j)** puis augmenter progressivement + contraception stricte chez la femme
Chez **la femme** ayant une acné modérée: et demandeuse d'une contraception orale	**Diane 35 + TRT local**

10) Conclusion :

1. L'acné est une maladie bénigne fréquente: 90% des adolescents
2. L'acné est une maladie inflammatoire du follicule pilosébacé
3. Le diagnostic de l'acné est clinique.
4. Il existe 2 types de lésions folliculaires:
   - ➔ Lésions rétentionnelles (comédons)
   - ➔ lésions inflammatoires superficielles (papules et pustules) et profondes (nodules)
5. Le traitement dépend de la prédominance de l'un des 2 types de lésions
6. PEC psychologique
7. il existe des formes graves: (risque de cicatrices définitives)